



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

Stufen des Selbst: Persönlichkeitskonzepte in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts

Meier, Marietta

DOI: <https://doi.org/10.7788/ha.2011.19.3.391>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-58311>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Meier, Marietta (2011). Stufen des Selbst: Persönlichkeitskonzepte in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. *Historische Anthropologie*, 19(3):391-410.

DOI: <https://doi.org/10.7788/ha.2011.19.3.391>

Stufen des Selbst

Persönlichkeitskonzepte in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts

von Marietta Meier

Persönlichkeit, ein Begriff, der ursprünglich im theologischen und philosophischen Kontext geprägt wurde,¹ entwickelte sich in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts zu einem Schlüsselbegriff, der psychiatrische Deutungs- und Handlungsmuster massgebend beeinflusste.² Aus psychiatrischer Sicht stellte Persönlichkeit ein reales Objekt dar, das sich entwickeln, durch psychische Störungen aber auch beeinträchtigt und sogar zerstört werden konnte. Gleichzeitig blieb der Begriff, der seit der Zwischenkriegszeit auf wachsende Resonanz stiess, aber seltsam vage. Psychiater verwendeten ihn im Klinikalltag und in wissenschaftlichen Beiträgen meist, ohne zu erläutern, was sie unter Persönlichkeit verstanden. Definitionsversuche in Lehrbüchern umschrieben Persönlichkeit durch Begriffe, die ebenfalls einer Klärung bedurft hätten. Der Zürcher Psychiater Eugen Bleuler beispielsweise setzte Persönlichkeit mit dem „Ich“ gleich, das „aus den Engrammen aller unserer Erlebnisse“ sowie dem aktuellen psychischen Zustand bestehe. Und Karl Jaspers, ursprünglich auch Psychiater, verstand unter Persönlichkeit „das individuell verschiedene und charakteristische Ganze der verständlichen Zusammenhänge des Seelenlebens“.³

Nach 1945 gewann der Begriff Persönlichkeit allgemein weiter an Bedeutung und verdrängte den Ausdruck Charakter immer mehr. Zu dieser Entwicklung trugen die Verwendung des Begriffs in Rechtstexten, das zunehmende Gewicht des Englischen als Wissenschaftssprache sowie die Tatsache bei, dass sich Persönlichkeit im Zweiten Weltkrieg zu einem Objekt wissenschaftlicher Forschung und Intervention entwickelt hatte, die das Ziel verfolgten, die menschlichen Ressourcen in Militär und Zivilbevölkerung so weit als möglich zu optimieren.⁴

¹ Vgl. Joachim Ritter/Karlfried Gründer (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 7, Basel 1989, 345–350.

² Ich danke Monika Dommann, Daniela Saxer und Jakob Tanner für ihr Feedback zu früheren Fassungen dieses Beitrags.

³ Eugen Bleuler, *Lehrbuch der Psychiatrie*, umgearb. von Manfred Bleuler, 8. Aufl., Berlin – Göttingen – Heidelberg 1949, 26; Karl Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, 4. Aufl., Berlin – Göttingen – Heidelberg 1946, 357. Einen ideengeschichtlichen, wertenden Zugang zu Persönlichkeitstheorien in der Psychiatrie vertritt Bernhard Pauleikhoff, *Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie*, Bd. IV, Die Zeit bis zur Gegenwart, Hürtgenwald 1987, 178–192.

⁴ Greg Eghigian/Andreas Killen/Christine Leuenberger, Introduction. The Self as Project, Politics and the Human Sciences in the Twentieth Century, in: *Osiris* 22 (2007) H. 1, 1–25, hier 15; Axel Karenberg, Zur Geschichte des Persönlichkeitsbegriffs, in: *Die Psychiatrie* 6 (2009) H. 1, 16–22, hier 21; Nikolas Rose, *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*, London 1999, 15–52, vor allem 15–21.

In der Psychiatrie stieg der Stellenwert des Begriffs nicht zuletzt auch deshalb, weil nach Kriegsende in vielen Ländern eine neue Therapie, die Psychochirurgie, eingeführt wurde.⁵ Die Methode galt als erstes Behandlungsverfahren, das die menschliche Persönlichkeit in Kürze radikal und dauerhaft umgestalten konnte, und war daher auch von hohem wissenschaftlichem Interesse. In den 1940er und 1950er Jahren wurden in den USA und in Europa Hunderte von Studien zum Thema publiziert, in denen man sich unter anderem eingehend mit dem Persönlichkeitswandel auseinandersetzte, den psychochirurgische Eingriffe nach sich zogen.⁶

In der Debatte zur Psychochirurgie diskutierte man ebenfalls über Persönlichkeit, ohne auf den Begriff einzugehen.⁷ Die wenigen Mediziner, die sich zum Persönlichkeitsbegriff äusserten, verwiesen auf Definitionen aus Philosophie und Psychologie, integrierten sie aber nicht in ihre Argumentation. Da der Ausdruck auch in der Alltags- und in verschiedenen Fachsprachen verwendet wurde, diente er als Kürzel, das die Verständigung unter Psychiatern, mit Laien sowie mit Vertretern anderer wissenschaftlicher Disziplinen erleichterte: Alle kannten den Begriff und besaßen eine bestimmte Vorstellung davon. Aus einer analytischen Perspektive lässt sich der Persönlichkeitsbegriff der Psychiatrie deshalb als *loose concept* verstehen – ein unpräziser Begriff, der die Interaktion zwischen verschiedenen sozialen Gruppen ermöglichte und dessen Stärke und Langlebigkeit gerade auf dessen Vagheit beruhte.⁸

Untersucht man die Stellungnahmen zum Persönlichkeitswandel, den psychische Störungen und psychochirurgische Eingriffe in den Augen der Psychiater nach sich zogen, zeigt sich allerdings, dass diese offenbar doch bestimmte Vorstellungen davon hatten, was Persönlichkeit ausmache. Obwohl über die Bedeutung des Begriffs weder Klarheit noch Konsens herrschte, wurde in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts also ein implizites Persönlichkeitskonzept vertreten, das – so meine These – sowohl auf diachroner wie auf synchroner Ebene Stufen des Selbst konstruierte. Im vorliegenden Beitrag arbeite ich zentrale Elemente dieses Persönlichkeitskonzepts heraus. Im Gegensatz zu den zeitgenössischen Psychiatern, die Persönlichkeit in der Regel als ontologische Einheit betrachteten, wird Persönlichkeit dabei als Konstrukt

5 E. L. Hutton, What is meant by Personality?, in: The Journal of Mental Science 91 (1945), 153–165, hier 153.

6 Die Ausführungen zur Psychochirurgie beruhen auf meiner Habilitationsschrift „Der affektive Stachel“. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg – Die Schweiz in transnationaler Perspektive, die im Sommer 2011 an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich eingereicht wurde.

7 Dass der Begriff Persönlichkeit verwendet wird, ohne ihn zu definieren, wird nur in einigen wenigen Beiträgen erwähnt, vgl. Pierre Wertheimer, Justification et résultats d'une psychochirurgie, in: Revue Philosophique de la France et de l'Étranger 141 (1951), 337–351, hier 350; Erna Hoch, Die Persönlichkeitsveränderungen nach präfrontaler Leukotomie, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 64 (1949), 119–174, hier 141; Board of Control (England and Wales), Pre-Frontal Leucotomy in 1000 Cases, London 1947, 19.

8 Ilana Löwy, The Strength of Loose Concepts – Boundary Concepts, Federative Experimental Strategies and Disciplinary Growth. The Case of Immunology, in: History of Science 30 (1992), 371–396; dies., Unschärfe Begriffe und föderative Experimentalstrategien. Die immunologische Konstruktion des Selbst, in: Hans-Jörg Rheinberger/Michael Hagner (Hg.), Die Experimentalisierung des Lebens. Experimentalsysteme in den biologischen Wissenschaften 1850/1950, Berlin 1993, 188–206.

verstanden, als eine semantische Figur, die dazu diente, über Menschen, ihr Erleben und Verhalten zu sprechen.

Studien zur Geschichte des Selbst und dessen Psychologisierung haben sich bisher in erster Linie mit der Wirkungsmacht der wissenschaftlichen und angewandten Psychologie beschäftigt,⁹ die Psychiatrie, vor allem die psychiatrische Therapeutik, fand noch kaum Interesse.¹⁰ Geht man jedoch davon aus, dass die Art und Weise, wie eine Gesellschaft psychisch Kranke wahrnimmt und mit ihnen umgeht, etwas über soziale Ordnungsvorstellungen aussagt, stellt die Institution Psychiatrie einen Kristallisationspunkt dar, der „Einblicke in gesellschaftliche Strukturen und die diskontinuierliche Dynamik soziokulturellen Wandels“ erlaubt.¹¹

Analysiert man Persönlichkeitskonzepte der Psychiatrie, bietet sich daher die Chance zu rekonstruieren, wie sich der Einzelne in einem bestimmten historischen Kontext als Subjekt konstituierte oder konstituieren sollte.¹² Dabei verspricht die Psychochirurgie besonders interessante Erkenntnisse über das Konstrukt Persönlichkeit, griff dieses Behandlungsverfahren aus zeitgenössischer Sicht doch „in das Menschlichste am Menschen“ ein und ermöglicht deshalb, nicht nur die Merkmale, sondern auch die Funktionen und Effekte psychiatrischer Persönlichkeitskonzepte herauszuarbeiten.

1. Modelle eines vor- und rückwärts verlaufenden Entwicklungsprozesses

Die Persönlichkeitskonzepte der Psychiatrie und der Psychologie stehen zwar insofern miteinander in Verbindung, als sich die psychologische Persönlichkeitsforschung ab Ende des 19. Jahrhunderts aus der Psychopathologie heraus entwickelte.¹³ In der Folge interessierten sich jedoch Psychiater über lange Zeit hinweg kaum

9 Siehe beispielsweise Nikolas Rose, Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood, Cambridge – New York – Melbourne 1996; Rose, Governing the Soul; Andreas Reckwitz, Das hybride Subjekt. Eine Theorie der Subjektkulturen von der bürgerlichen Moderne zur Postmoderne, Weilerswist 2006; Eva Illouz, Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe, Frankfurt a. M. 2009; Uffa Jensen, Die Konstitution des Selbst durch Beratung und Therapeutisierung. Die Geschichte des Psychowissens im frühen 20. Jahrhundert, in: Sabine Maasen et al. (Hg.), Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebzigern, Bielefeld 2011 (i. E.). Seit einiger Zeit erscheinen zudem in den Themenbereichen Psychotechnik, Arbeitswelt und Therapeutisierung immer mehr Einzelstudien.

10 Für eine Analyse des Subjekts aus psychiatriehistorischer Perspektive siehe zum Beispiel Doris Kaufmann, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850, Göttingen 1995; Greg Eghigian, Der Kalte Krieg im Kopf. Ein Fall von Schizophrenie und die Geschichte des Selbst in der sowjetischen Besatzungszone, in: Historische Anthropologie 11 (2003) H. 1, 101–122; Jan Goldstein, The Post-Revolutionary Self. Politics and Psyche in France, 1750–1850, Cambridge 2005; Brigitta Bernet, Die Gesellschaft im Kopf. Die Entstehung der Schizophrenie zwischen wissenschaftlicher Tatsache und kulturellem Deutungsmuster (1890–1920), Diss. Universität Zürich 2010.

11 Jakob Tanner, Ordnungsstörungen. Konjunkturen und Zäsuren in der Geschichte der Psychiatrie, in: Marietta Meier/Brigitta Bernet/Roswitha Dubach/Urs Germann, Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, 271–306, hier 271.

12 Vgl. Reckwitz, Subjekt, Bielefeld 2008, 9 f.

13 Giovanni Pietro Lombardo/Renato Foschi, The Concept of Personality in 19th-Century French and 20th-Century American Psychology, in: History of Psychology 6 (2003) H. 2, 123–142;

für Persönlichkeitsforschung, verstanden sie sich doch in erster Linie als Mitglieder einer alten, traditionsreichen Profession, die Kranke heilte. Theoretisches psychologisches und psychotherapeutisches Wissen fanden in der Ausbildung zum Facharzt erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts vermehrt Berücksichtigung.¹⁴ Im Unterschied zur wissenschaftlichen Persönlichkeitspsychologie, die sich auch mit der Frage auseinandersetzte, was unter Persönlichkeit zu verstehen sei,¹⁵ beruhten die Persönlichkeitskonzepte der Psychiatrie deshalb eher auf einem Alltagssprachlichen Verständnis von Persönlichkeit. Sie waren meist sehr implizit, stark auf die klinische Praxis ausgerichtet und hingen eng mit psychiatrischen Krankheitskonzepten zusammen.

Die Psychiatrie hatte sich schon lange, bevor sich die Psychologie mit Persönlichkeit und deren Definition auseinandersetzte, bemüht, einen Raster für Erlebens- und Verhaltensstörungen zu entwickeln, die nicht mit kognitiven Defiziten oder Wahnphänomenen einhergingen. Zu diesem Zweck bediente sie sich im 19. Jahrhundert des Begriffs Charakter. Der Begriff wurde in der deutschen psychiatrischen Fachliteratur während des 19. Jahrhunderts auch im Zusammenhang mit Störungen verwendet, die sich nicht ausschliesslich auf Erleben und Verhalten beschränkten. Wollte man auf einen psychologischen Typus oder ein bestimmtes mentales Gerüst verweisen, das einen Menschen auszeichnete, war also ebenfalls von Charakter die Rede. Persönlichkeit wurde weit seltener benutzt und bezog sich nur auf äusserliche und veränderliche Eigenschaften.¹⁶

Als der Begriff Persönlichkeit in der Psychiatrie den Ausdruck Charakter ab den 1940er Jahren zunehmend verdrängte,¹⁷ wurde Persönlichkeit zu einer Grösse mit bestimmten Merkmalen, Grenzen und einer Entwicklungsgeschichte. Eine wichtige Rolle spielte die Persönlichkeit bei so genannten Persönlichkeitsstörungen – einer Diagnose, die man ursprünglich mit Psychopathie gleichsetzte und Personen zusprach, die besonders stark ausgeprägte, unflexible und „asoziale“ Erlebens- und Verhaltensmuster zeigten. Bei anderen psychischen Störungen schenkten Psychiater der Persönlichkeit eines Patienten zumindest insofern Beachtung, als sie sich für

Nicole B. Barenbaum/David G. Winter, History of Modern Personality Theory and Research, in: Oliver P. John/Richard W. Rounsley/Lawrence A. Pervin (Hg.), Handbook of Personality. Theory and Research, New York – London 2008, 3–26, hier 4f.

14 Für einen Überblick siehe beispielsweise Heinz Schott/Rainer Tölle, Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, 465–473.

15 Als bekanntes Beispiel für die psychologische Persönlichkeitsforschung siehe Gordon W. Allport, Persönlichkeit. Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart, Stuttgart 1949 [amerikan. Originalausgabe 1937], der im zweiten Kapitel 50 Definitionen des Begriffs Persönlichkeit aus Theologie, Philosophie, Rechtswissenschaft, Soziologie und Psychologie aufführt. Zur Geschichte der psychologischen Forschung und der Persönlichkeitspsychologie siehe beispielsweise Kurt Danziger, Constructing the Subject. Historical Origins of Psychological Research, Cambridge et al. 1990, vor allem 159–163; Barenbaum/Winter, History of Modern Personality Theory and Research.

16 Karenberg, Zur Geschichte des Persönlichkeitsbegriffs, 20f.

17 Für den deutschen Sprachraum siehe ebd., 21. Eine Auswertung der in Pubmed, der Meta-Datenbank der US National Library of Medicine aufgenommenen Schriften nach den Stichworten „character“ und „personality“ zeigt, dass der Anteil psychiatrischer Publikationen, die den Begriff „personality“ im Titel oder Abstract nennen, ab den 1940er Jahren stark zunahm, während der Begriff „character“ immer seltener verwendet wurde. In Pubmed finden sich vor allem, aber bei weitem nicht nur englischsprachige Beiträge (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

ihre Beschaffenheit vor Beginn der Krankheit interessierten und zu ergründen suchten, wie sie sich seither verändert hatte.

Im Unterschied zu Charakter besass Persönlichkeit nämlich eine dynamische Komponente. Charakter war angeboren und statisch, Persönlichkeit hingegen konnte und sollte sich – auch wenn man einen Teil für vererbt hielt – in eine bestimmte Richtung entwickeln. Ausgehend von der Annahme, dass eine Geisteskrankheit die menschliche Persönlichkeit zwangsläufig verändere, vertraten Psychiater die Position, psychische Störungen könnten diese Entwicklung beeinträchtigen, zu einem Rückschritt und im schlimmsten Fall zu einem „Defektzustand“ führen, einem Endzustand einer Person ohne Persönlichkeit. Mit anderen Worten: Der Entwicklungsprozess verlief – so die Vorstellung – aufgrund der Krankheit rückwärts statt vorwärts.

Evolutionäre Modelle des (Selbst)Bewusstseins und seiner Störungen lassen sich in der Psychiatrie bis ins 19. Jahrhundert zurückverfolgen.¹⁸ 1857 übertrug der französische Psychiater Bénédicte Augustin Morel die Denkfigur der Degeneration, die davon ausging, dass der Mensch von Gott perfekt geschaffen sei und im Laufe seiner historischen Entwicklung von diesem göttlichen Ideal abweiche, auf psychische Krankheiten. Er behauptete, zahlreiche Umwelt- und konstitutionelle Faktoren wie Luftverschmutzung oder übermässiger Alkoholkonsum könnten eine Degeneration zur Folge haben, die sich von Generation zu Generation verstärkte und im vierten Glied schliesslich in angeborenen Schwachsinn und schweren Missbildungen münde. Während Morel seine Degenerationslehre noch mit religiösen Vorstellungen verband, knüpften die anthropologischen und neurowissenschaftlichen Theorien vom Menschen, die ab Ende des 19. Jahrhunderts entstanden, meist an Darwins Evolutionstheorie an. Auch diese Modelle waren linear und hierarchisch konzipiert, die Entwicklung verlief jedoch in umgekehrter Richtung: Der Mensch und sein Gehirn hatten sich, so die Vorstellung, im Laufe der Evolution nach und nach weiterentwickelt. In der individuellen Entwicklung eines Menschen, der Ontogenese, wiederhole sich nun jeweils in kurzer Zeit die Phylogenese, die langfristige stammesgeschichtliche Entwicklung.

Der Degenerationsgedanke wurde damit allerdings keineswegs ad acta gelegt, sondern tauchte in der Pathologie wieder auf. So postulierte der Neurologe John H. Jackson 1884, dass bei psychischen Krankheiten die jüngsten und komplexesten Hirnzentren jeweils als erste ausfielen und einen degenerativen Prozess auslösten, den Jackson als „Dissolution“ bezeichnete. Jackson ging von der Annahme aus, dass das Gehirn streng hierarchisch aufgebaut sei und dass evolutionär jüngere, höhere Zentren die einfacher strukturierten, älteren Hirnzentren kontrollierten. Er

18 Die folgenden Absätze beruhen auf Andreas Heinz, Die Anderen als Wilde und Wunschenker. Zur Konstruktion von Rasse und Vernunft in der Schizophrenietheorie, in: Matthias Hamann/Hans Asbek (Hg.), Halbte Vernunft und totale Medizin. Zu Grundlagen, Realgeschichte und Fortwirkungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus, Berlin 1997, 33–57; Andreas Heinz, Anthropologische und evolutionäre Modelle in der Schizophrenieforschung, Berlin 2002; ders./Fatima Napo, Fallstricke evolutionärer (Selbst-)Bewusstseinsmodelle, in: Detlev Ganten/Volker Gerhardt/Julian Nida-Rümelin (Hg.), Funktionen des Bewusstseins, Berlin – New York 2008, 245–265; Andreas Heinz/Ulrike Kluge, Anthropological and Evolutionary Concepts of Mental Disorders, in: Journal of Speculative Philosophy 24 (2010) H. 3, 292–307.

glaubte deshalb, der Ausfall eines höheren Hirnzentrums führe zur Enthemmung primitiver Zentren, was sich dann in primitiven Verhaltensweisen manifestiere. Je nachdem, wie schwer die Erkrankung beziehungsweise wie tief der evolutionäre Abbau voranschreite, desto primitiver würden die auftretenden Symptome.

Sigmund Freud nahm dieses Modell in seinen Überlegungen zur Pathogenese psychotischer Symptomatik von 1911 auf. Im Unterschied zu Jackson verband er zwar die von ihm konstruierten psychotischen Funktionsstufen, die in der Ontogenese als Rekapitulation der Phylogenese durchlaufen wurden, nicht mit lokalisierbaren Hirnzentren. Aber auch bei Freud findet sich die Vorstellung einer stufenweisen, hierarchischen Entwicklung. Seinem Entwicklungsmodell der Libido zufolge entwickelt sich der Autoerotismus über die orale und anale zur prägenitalen Phase, wobei eine frühe Traumatisierung oder eine entsprechende Krankheitsdisposition zur pathologischen Fixierung der Libido auf einer niedrigeren Entwicklungsstufe führen kann.

Freuds Überlegungen wurden von Eugen Bleuler rezipiert und in dessen Schizophrenie-Konzept integriert. Nach Bleuler gab es verschiedene Schweregrade von „Assoziationsstörungen“, die vom leicht „gelockerten Denken“ gesunder Menschen bis zur „Assoziations-Spaltung“ reichten. Er postulierte, dass Schizophrene zwischen dem „intellektuellen“ und dem „affektiven Ich“ keine „Assoziationen“ mehr bilden könnten, weshalb es zum „Autismus“, zur Rückkehr auf ein primär prozesshaftes Wunschdenken komme. Analog zu Freuds Konstruktion einer Hierarchie der Denkformen ging Bleuler von einer „Stufenfolge der Assoziationskomplexität“, Stufen der Persönlichkeitsentwicklung, aus. Autismus deutete er als eine ursprüngliche Form des Denkens – eine angeborene Affektreaktion, die sich auch beim Kind finde. Gleichzeitig sprach er Schizophrenen allerdings auch ein komplexes, reichhaltiges Innenleben zu.¹⁹

Bleuler war nicht der einzige Psychiater, der schizophrene Symptome als Manifestation primitiven Denkens interpretierte. Das Konzept einer krankheitsbedingten Umkehrung der Evolution setzte sich in der Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts breit durch. Psychische Gesundheit wurde mit dem Ablauf höherer Funktionen gleichgesetzt, die zuoberst auf einer evolutionären Pyramide angesiedelt waren, während Krankheit als Zusammenbruch solch höherer Funktionen betrachtet wurde.

Zwischen dem Ende des 19. und der Mitte des 20. Jahrhunderts lässt sich also in ganz unterschiedlichen Theorien psychischer Krankheit eine Denkfigur von Fort- und Rückschritt festmachen. Massen diese Konzepte der Idee der Rückentwicklung grosses Gewicht zu, legten zeitgenössische Vorstellungen von Persönlichkeit den

19 Brigitta Bernet, Assoziationsstörung. Zum Wechselverhältnis von Krankheits- und Gesellschaftsdeutung im Werk Eugen Bleulers, in: Heiner Fangerau/Karen Nolte (Hg.), „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Stuttgart 2006, 169–193, hier 175 f. und 187. Bernet zeigt in diesem Beitrag und in ihrer Dissertation (*dies.*, Die Gesellschaft im Kopf), dass Eugen Bleuler mit seiner Assoziationstheorie auch phylogenetische und gesellschaftliche Entwicklungen erklärte. Zu Bleulers Ambivalenz siehe *dies.*, Einführung, in: Eugen Bleuler, Unbewusste Gemeinheiten und andere kulturtheoretische Schriften 1901–1905, Bern 2007, 7–32.

Fokus zunächst weniger auf einen krankheitsbedingten Abbau als auf die Reifung oder Entfaltung der Persönlichkeit – eine positiv bewertete Entwicklung, die allerdings ebenfalls eine klare Hierarchie implizierte.

So plädierte der Schweizer Psychiater Hans Binder Mitte des 20. Jahrhunderts in einem Aufsatz dafür, die Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit als Prozess zu verstehen, in dem sich die „Schichten des Seelischen“ gegenseitig beeinflussen. Dabei kam er auch auf die vorherrschende Lehrmeinung zur Persönlichkeitsentwicklung zu sprechen. Der psychische Aufbau eines Menschen erfolge, so Binder, „in mehreren Organisationsschüben“, die in verschiedenen Lebensphasen erfolgten und die menschliche Persönlichkeit jeweils „wieder weitgehend umgestalten und bereichern“ würden. Die verschiedenen Organisationsstufen reichten von der „primitivsten“, der „vitalen“ über die „emotionale“ und die „geistige“ bis zur „personalen Stufe“. Erst dann sei, wie Binder schreibt, eine „relative Souveränität des vom Denken geleiteten Wollens“ möglich, die dem Menschen „seine Würde und Verantwortlichkeit“ gebe, wodurch er „im eigentlichen Sinne zur Person“ werde.²⁰ Intelligenz spielte in diesem Konzept keine besonders wichtige Rolle. Obwohl man davon ausging, dass die Entfaltung einer Persönlichkeit eine gewisse Intelligenz voraussetze und die Intelligenz ohne die Kraft der Persönlichkeit verkümmere, wurde deshalb sie meist aus dem Persönlichkeitsbegriff ausgegliedert.

Als nach dem Zweiten Weltkrieg in der Medizin eine breite Debatte über ein neues Behandlungsverfahren einsetzte, das operativ in die menschliche Persönlichkeit eingriff, meinte man mit Persönlichkeit also eine nicht näher definierte, gewachsene, hierarchisch aufgebaute, in der Regel nur sehr lose mit kognitiven Merkmalen zusammenhängende Entität, die sich entwickeln sollte, durch psychische Störungen aber auch zerstört werden konnte. Der Begriff signalisierte eine Ganzheit der persönlichen Eigenschaften, die einen Menschen zu einem unverwechselbaren Individuum machte und sich in dessen Verhalten manifestierte.

Persönlichkeit sei – so der deutsche Psychiater Kurt Schneider 1946 – „nur an ihren Reaktionen sichtbar“; man könne „sie nur nach ihnen beurteilen und durch sie beschreiben“.²¹ Unerwähnt bleibt hier allerdings, dass Psychiater die Persönlichkeit eines Patienten nicht nur beschrieben und beurteilten, sondern auf dieser Basis auch Entscheidungen trafen und handelten. Persönlichkeits- und Krankheitskonzepte wirkten sich also nicht bloss, wie Studien zu Krankheitsmodellen vielleicht suggerieren, auf die Vorstellungen aus, die Psychiater und Laien von psychisch Kranken hatten, sie konnten ganz konkrete und eingreifende Folgen nach sich ziehen. Deutlich zutage treten solche Effekte beispielsweise, wenn man sich mit psychiatrischen Praktiken auseinandersetzt.

20 Hans Binder, Zum Problem des Aufbaus der Persönlichkeit, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 87 (1957), 110–112. Solche evolutionären Stufenmodelle finden sich auch in der Psychologie, vgl. Pauleikhoff, Das Menschenbild im Wandel der Zeit, 183; Eugene Taylor, The Mystery of Personality. A History of Psychodynamic Theories, Heidelberg – London – New York 2009, 12.

21 Kurt Schneider, Beiträge zur Psychiatrie, Stuttgart 1946, 19.

2. Operativ induzierte Persönlichkeitsveränderungen

1935 wurde in Portugal eine Operation zur Behandlung psychischer Störungen entwickelt, bei der Verbindungen zwischen Frontalhirn und Thalamus durchtrennt wurden. Die Leukotomie – später wurde das Verfahren auch Lobotomie genannt – fand zunächst kaum Resonanz, wurde dann aber von zwei Amerikanern aufgenommen, modifiziert und ab 1942 auch in vielen anderen Ländern eingeführt. In der Folge wurden weltweit Zehntausende von Personen, in erster Linie Patienten und Patientinnen mit der Diagnose Schizophrenie, operiert. Neben der Leukotomie entstanden zahlreiche andere psychochirurgische Verfahren, die aber weit weniger Verbreitung fanden. Die Zahl der Eingriffe stieg nach Kriegsende schnell an, erreichte um 1950 einen Höhepunkt und ging im Laufe der 1950er Jahre wieder stark zurück – in Einzelfällen wurden allerdings noch in den 1970er Jahren Leukotomien durchgeführt.

Die Psychochirurgie stellte in den Augen der meisten zeitgenössischen Psychiater die risikoreichste und einschneidendste Therapie ihrer Disziplin dar, weil sie in die Persönlichkeit der Patienten eingriff. Die Ärzte glaubten in der Regel nicht, dass sich mit dem neuen Behandlungsverfahren die eigentliche psychische Störung heilen lasse. Sie hofften jedoch, bestimmte Symptome zu beseitigen oder wenigstens zu mildern und auf diese Weise das soziale Verhalten der Patientinnen und Patienten positiv zu beeinflussen.²² Die Operation sollte eine „Lockerung“ oder „Entspannung“ im Affekthaushalt des Patienten bewirken, dessen „asoziales“ Verhalten verbessern und zu einem – wie es je nach Sprachraum hiess –, „social adjustment“, einer „réadaptation sociale“ oder einer „Sozialisierung“ führen.²³

Die „Sozialisierung“ eines Patienten wurde allerdings in der Psychochirurgie immer durch bestimmte „Nebenerscheinungen“ – so die zeitgenössischen Begriffe – „erkaufte“ oder „erzwungene“, die man trotz aller Forschungsanstrengungen nicht vermeiden konnte. Zu den „Schattenseiten der Psychochirurgie“²⁴ zählten die vergleichsweise hohe Sterberate, die zwischen zwei und fünf Prozent lag,²⁵ sowie verschiedene körperliche Folgen, unter denen die epileptischen Anfälle aus ärztlicher

22 Walter Freeman/James W. Watts, Psychochirurgie. Intelligenz, Gefühlsleben und soziales Verhalten nach präfrontaler Lobotomie bei Geistesstörungen, Stuttgart 1949 [amerikan. Originalausgabe 1942], 172–184, vor allem 174; Egas Moniz, Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses, Paris 1936, 53f.

23 Siehe beispielsweise L. Anglade u. a., Une expérience de cinq années de lobotomies à l'hôpital psychiatrique de la Sarthe. Echécs et réadaptations sociales, in: Annales Médico-Psychologiques 113, Bd. I (1955), 420–429, hier 421; Max Müller, Die Klinik der Leukotomie, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 67 (1951), 338–355, hier 340; C. Knight Aldrich, Problems of Social Adjustment Following Lobotomy, in: American Journal of Psychiatry 107 (1950), 459–462.

24 Peter Rötgen, Der Neurochirurg und sein Arbeitsgebiet, in: Werner Schöllgen/Hermann Döbbelstein (Hg.), Gegenwartsfragen der Psychiatrie. Für Ärzte, Erzieher und Seelsorger, Freiburg i. B. 1956, 210–228, hier 226.

25 Vgl. zum Beispiel Hans Heimann, Psychochirurgie, in: Hans W. Gruhle et al. (Hg.), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 1/2, Grundlagen und Methoden der Klinischen Psychiatrie, Göttingen 1963, 660–719, hier 686. Die in zeitgenössischen Studien publizierten Sterberaten waren bei psychochirurgischen Eingriffen einiges höher als bei anderen somatischen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie. Sie differieren stark, was unter anderem auf die unterschiedlichen Operationstechniken zurückzuführen ist.

Sicht am schwersten wogen.²⁶ Die somatischen „Komplikationen“ nahmen in der wissenschaftlichen Debatte zur Psychochirurgie aber wenig Raum ein; diskutiert wurde in erster Linie über die psychischen Veränderungen, welche die Eingriffe nach sich zogen. Dass psychochirurgische Eingriffe Persönlichkeitsveränderungen zur Folge hatten, blieb in der Regel unumstritten; zur Debatte stand vielmehr, welches Ausmass die Veränderungen hatten, wie sie sich erfassen liessen und wie sie zu beurteilen waren.

Die Persönlichkeitsveränderungen, die psychochirurgische Eingriffe nach sich zogen, zeigten sich offenbar im täglichen Umgang mit Leukotomierten deutlich. Sie wurden in zahlreichen Studien erörtert, liessen sich aber nur schwer objektivieren oder gar quantifizieren, weil sie durch die zur Verfügung stehenden Tests kaum erfasst werden konnten.²⁷ Die Resultate experimentell-psychologischer Untersuchungen widersprachen sich und standen „in einem starken Gegensatz zu dem bunten, aber im grossen und ganzen recht einheitlichen Durchschnittsbild, das die deskriptive Psychopathologie von dem Leukotomierten“ zeichnete.²⁸ Wie verschiedene Autoren betonten, bereitete es grosse Schwierigkeiten, die Veränderungen in ein paar Worten zusammenzufassen, so dass man den Persönlichkeitswandel häufig ausführlich umschrieb.²⁹

Laut vorherrschender Lehrmeinung beeinträchtigte die Operation Intelligenz und Gedächtnis kaum, die Veränderungen betrafen vor allem die Emotionalität und die „höheren geistigen Funktionen der Synthese, Abstraktion und [...] der schöpferischen Phantasie“.³⁰ So ist in klinischen Falldarstellungen häufig von einer Antriebschwäche die Rede, einem Mangel an Initiative, Rücksicht und Anteilnahme gegenüber anderen sowie von Heiterkeit, Selbstüberschätzung und Gefühlsindifferenz. Offensichtlich, schloss eine Studie nach einer langen Aufzählung von Merkmalen, die das so genannte „Leukotomiesyndrom“ kennzeichneten, werde die Persönlichkeit der Patienten durch einen psychochirurgischen Eingriff „einfacher und primitiver, unkompliziert-geschlossener“.³¹ Neben Ausdrücken wie „Primitivisierung“ oder „Entdifferenzierung der Persönlichkeit“ finden sich in den zeitgenössischen Publikationen oft auch Wendungen wie „verflachte“ Persönlichkeit, „Nivellierung der Persönlichkeit“ oder „Senkung des Persönlichkeitsniveaus“³² – topographische Metaphern, welche die Veränderungen möglichst anschaulich beschreiben sollten,

26 Die epileptischen Anfälle wurden durch Operationsnarben verursacht. Zu den somatischen Folgen siehe beispielsweise ebd., 686–689.

27 Siehe zu diesem Punkt Jack D. Pressman, Last Resort. Psychosurgery and the Limits of Medicine, Cambridge – New York – Melbourne 1998, 387–389.

28 Heimann, Psychochirurgie, 703.

29 Siehe zum Beispiel Louis Bertagna, Modifications psychologiques après des interventions de psycho-chirurgie, in: Cahiers Laënnec 11 (1951), 29–49, hier 29.

30 Hoch, Die Persönlichkeitsveränderungen nach präfrontaler Leukotomie, 127.

31 Werner A. Stoll, Leukotomie-Erfahrungen der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, in: Der Nervenarzt 25 (1954), 195–197, hier 196.

32 Siehe zum Beispiel François Ody, Unter der weissen Lampe. Erinnerungen eines Chirurgen, Stuttgart – Konstanz 1958 [franz. Originalausgabe 1956], 286; Henri Baruk/Trotot/Wolfin, Psychochirurgie et neurochirurgie. A propos d'un cas de parkinson postencéphalitique avec hallucinations ayant subi la lobotomie, in: Revue Neurologique 88 (1953) H. 3, 191–196, hier 196; Müller, Die Klinik der Leukotomie, 345.

gleichzeitig aber auch auf die hierarchische Struktur des psychiatrischen Persönlichkeitskonzepts verwiesen. Ein anderer Versuch, den Persönlichkeitswandel Lobotomierter in wenigen Worten verständlich zu machen, war die Analogie. Der deutsche Psychiater Anton von Braunmühl beispielsweise sprach von einer „seelische[n] Wandlung“, die „der aufgeschlossenen, zugewandten Haltung der Kinder, der Alten in der Involution, ja den primitiven Völkern“ entspreche.³³ Leukotomierte erinnerten Ärzte also an soziale Gruppen, denen man ebenfalls ein tieferes Persönlichkeitsniveau zusprach. Am häufigsten wurden sie mit Kindern verglichen – nicht zuletzt weil man glaubte, die Patienten müssten nach dem Eingriff nochmals „erzogen“ werden. Walter Freeman und James W. Watts, die beiden führenden Vertreter der Psychochirurgie in den USA, stellten die These auf, die Lobotomie versetze Menschen in eine „chirurgisch induzierte Kindheit“ zurück.³⁴ Um einen möglichst grossen Erfolg zu erzielen, sollte deshalb nach der Operation eine „psychiatrische Behandlung im Sinne einer Umerziehung und Neubildung der Persönlichkeit“ einsetzen.³⁵

Diese Vorstellung zeigt, dass Persönlichkeitsveränderungen nicht nur negativ verstanden wurden. Freeman und Watts hatten auf dem Schutzumschlag ihres Standardwerks *Psychosurgery* Persönlichkeitswandel nach Mass versprochen: „This work reveals how personality can be cut to measure“.³⁶ Die meisten Befürworter der Psychochirurgie waren zwar solch „hochfliegenden“ Absichten gegenüber kritisch eingestellt.³⁷ Dennoch betonten einzelne, dass eine Persönlichkeitsveränderung an sich nicht negativ zu bewerten sei, sondern das eigentliche Ziel des Eingriffs darstelle: „Certes“ – so ein Autor aus Frankreich – „la personnalité du malade est modifiée, mais n'est-ce pas précisément ce que l'on cherche à obtenir: le retour d'une personnalité morbide à une personnalité normale?“³⁸ Andere führten an, dem Persönlichkeitswandel werde zu viel Gewicht beigemessen, die Veränderungen seien weniger umfassend, als viele behaupteten. Ausserdem werde die Persönlichkeit auch durch andere psychiatrische Therapien verändert, die Frage des Persönlichkeitswandels stelle sich also nicht nur in der Psychochirurgie.

Die meisten Autoren verwendeten den Ausdruck Persönlichkeitsveränderung allerdings nur, um die unerwünschten Effekte psychochirurgischer Eingriffe zu beschreiben. Die schärfsten Gegner kritisierten, die Lobotomie sei „partielle Euthanasie“, sie bringe „Roboter“, „Zombies“, „vegetative Wesen“ oder „menschliches

33 Anton von Braunmühl, Über Psychochirurgie, in: Umstrittene Probleme der Medizin, Stuttgart – Zürich 1954, 23–35. (Involution = Rückbildung).

34 Florence Ewald/Walter Freeman/James W. Watts, Psychosurgery. The Nursing Problem, in: American Journal of Nursing 47 (1947) H. 4, 210–213, hier 210: „Prefrontal lobotomy has the effect of a surgically induced childhood.“

35 Katz, Rezension zu: L. Franks/W. Mayer-Gross, Personality Change after Prefrontal Leucotomy, in: Der Chirurg 20 (1949), 45 f.

36 Pressman, Last Resort, 336.

37 Vult Ziehen, Die Sorge um die Unheilbar-Psychotischen, in: Medizinische Klinik 50 (1955), 936–942.

38 Jean Lhermitte, Réflexions sur la lobotomie préfrontale, Société de Neurochirurgie de Langue Française, compte rendu des séances du 15 et du 16 mai 1953, in: Revue Neurologique 88 (1953) H. 6, 546 f.

Gemüse“ hervor.³⁹ Mit diesen Begriffen spielten sie zum einen auf die starke Apathie an, die Leukotomierte häufig kennzeichnete. Zum anderen wiesen sie auf die „Vergröberung und Verarmung“ der Emotionalität⁴⁰ sowie auf die grundsätzliche „Nivellierung“ der Persönlichkeit hin, die – so ein Befürworter der Psychochirurgie – zur Folge hatte, dass das Verhalten eines Leukotomierten mehr demjenigen anderer Schicksalsgenossen glich als demjenigen, das er vor dem Ausbruch der Krankheit oder vor der Operation gezeigt hatte.⁴¹

Auch wenn nur selten solch harte Kritik geäussert wurde: Für die meisten Ärzte stellte die Persönlichkeitsveränderung, die psychochirurgische Eingriffe nach sich zog, eindeutig einen Nachteil dar. Die Befürworter der Leukotomie bezeichneten sie als „Preis“, den man für eine „soziale Heilung“ oder eine „Anstaltsbesserung“ „bezahlen“ müsse. Während die einen auf die Forschung bauten und hofften, dass sich dieses „Opfer“ dereinst erübrigen werde, hielten die anderen einen Persönlichkeitswandel für unvermeidbar, weil sie davon ausgingen, dass die therapeutische Wirkung direkt mit diesem zusammenhing. Der theoretischen Position ungeachtet aber galten Persönlichkeitsveränderungen wie körperliche Folgen der Operation als Nebenwirkungen. Mit der Annahme einer intendierten, therapeutischen war somit die Vorstellung einer „unerwünschten“ Wirkung verbunden, die sogar diejenigen, die eine gegenseitige Bedingtheit beider Wirkungen postulierten, als „Nebenerscheinung“ bezeichneten.

3. Persönlichkeitsveränderungen bei „Defektzuständen“?

Wenn Mediziner über Ausmass und Nutzen des Persönlichkeitswandels diskutierten, gingen die Positionen weit auseinander. Für die Frage, ob man Geisteskranke psychochirurgischen Eingriffen unterziehen solle, spielten diese Meinungsverschiedenheiten jedoch kaum eine Rolle. Die Befürworter der Leukotomie waren sich einig, dass die Persönlichkeitsveränderungen weniger schwer wogen als die intendierten „sozialen“ Effekte psychochirurgischer Eingriffe. So beurteilte man eine

39 Walter Freeman, Psychosurgery, in: Silvano Arieti (Hg.), American Handbook of Psychiatry, Bd. II, New York 1959, 1521–1540, hier 1526: „Frontal-lobe surgery has been criticized as destroying brains that were already functioning badly, thus producing robots, zombies, or vegetables. 'Partial euthanasia' is another term employed.“ David Bental, Vergleich über den Verlauf von Psychosen bei lobotomierten und nicht lobotomierten Geschwistern, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 79 (1957), 1–26, hier 2; Henri Baruk, La Psychochirurgie frontale peut-elle se justifier?, in: Revue Philosophique de la France et de l'Étranger 162 (1952), 392–427, hier 419; Editorial Board, Lobotomy. Surgery for the Insane, in: Stanford Law Review 1 (1949) H. 3, 463–474, hier 463; Proceedings of the First Postgraduate Course in Psychosurgery, George Washington University School of Medicine, Washington, D. C., January 24–28, 1949, in: Digest of Neurology and Psychiatry 17 (1949), 407–454, hier 428.

40 Walter Dehnen, Psychopathologische Erfahrungen bei ein- und beidseitigen psychochirurgischen Eingriffen, in: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 29 (1961), 353–422.

41 Lothar B. Kalinowsky/Paul H. Hoch, Schockbehandlungen, Psychochirurgie und andere somatische Behandlungsverfahren in der Psychiatrie, Bern – Stuttgart 1954 [amerikan. Originalausgabe 1952], 231.

Operation auch dann als Erfolg, wenn ein Patient nach dem Eingriff apathisch und affektiv stark nivelliert war, sich aber als lenkbarer und anpassungsfähiger erwies.

Um allfällige ethische Bedenken zu zerstreuen, wurde argumentiert, ein Wandel der Persönlichkeit falle nicht ins Gewicht, wenn nur schwer kranke, „unheilbare“ Patienten operiert würden, deren Persönlichkeit bereits „abgebaut“, wenn nicht gar „zerstört“ sei. Erstens – so hiess es – lasse sich der präoperative Defektzustand kaum vom Defekt unterscheiden, der durch die Operation gesetzt worden sei. Zweitens seien sich die operierten Patienten der Persönlichkeitsveränderung gar nicht bewusst. Falls ihr Leben nach dem Eingriff „tatsächlich ärmer“ wäre, würden sie diesen Verlust daher zumindest nicht bemerken.⁴² Drittens fielen bei chronisch Kranken selbst die kleinsten Verbesserungen ins Gewicht, weshalb etwaige Nebenwirkungen vernachlässigt werden könnten.⁴³

Der deutsche Psychiater Anton von Braunmühl warf Kritikern der Leukotomie deshalb vor, sie verurteilten die Psychochirurgie, ohne die Situation der Betroffenen zu berücksichtigen: „Man vergisst, dass [...] die für die Leukotomie infrage kommenden Patienten, durch Jahr und Tag geängstigt und von Wahnideen eingenommen ein schreckliches Dasein führen, ja über all das gar nicht mehr verfügen, was die Leukotomiegegner wännen, ja sich noch vorgaukeln.“⁴⁴ Charles Feuillet, Chefarzt des Centre Psychothérapeutique in Nancy, hielt Bedenken wegen allfälliger Persönlichkeitsveränderungen ebenfalls für völlig unangebracht: „On entend souvent exprimer la crainte de voir la psycho-chirurgie, altérer la personnalité des malades [...]. Mais quoi? On ne peut altérer que ce qui demeure, et dépouiller que qui possède. Il est pour le moins hasardeux de parler de la ‚personnalité‘ d'un grand malade mental comme de ‚quelque chose‘ qui se serait conservé intact, derrière la maladie, [...]“⁴⁵

Diese beiden Stellungnahmen enthalten zwei typische, eng miteinander zusammenhängende Argumente: Zum einen warfen zahlreiche Ärzte den Kritikern der Psychochirurgie vor, sie hätten keine Ahnung, wovon sie sprächen. Sie verwahrten sich gegen Stellungnahmen von Personen, welche die Situation in den Kliniken nicht kennen würden und nie einen Patienten vor und nach dem Eingriff untersucht hätten. Zum anderen seien, so ihr Standpunkt, „weltanschauliche Gesichtspunkte“ aus dem Spiel zu lassen, wenn es um die „Therapie schwerster schizophrener Endzustände“ gehe, bei denen „Persönlichkeit und Gemütsleben“ zweifellos „zerstört“ seien. Solche Patienten seien „ihrer Menschlichkeit dauernd beraubt“, sie besäßen keinen „Rest des gesunden Menschseins“ mehr, der durch einen psychochirurgischen Eingriff „vernichtet“ werden könnte. Die Leukotomie stelle deshalb einen Versuch dar, „wenigstens einzelnen [dieser Patienten] wieder ein menschlicheres Dasein zu vermitteln“.⁴⁶

42 Erna Hoch, Die präfrontale Leukotomie. Eine zusammenfassende Darstellung unter Berücksichtigung englischer und amerikanischer Literatur, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 60 (1947), 177–198, hier 197.

43 Siehe zum Beispiel Rötgen, Der Neurochirurg und sein Arbeitsgebiet, 226.

44 Von Braunmühl, Über Psychochirurgie, 30.

45 Charles Feuillet, La psycho-chirurgie ouvre une porte de salut à des malades voués naguère à une existence lamentable, in: Médecine et Hygiène 212 (15.2.1952), 67 f.

46 Müller, Die Klinik der Leukotomie, 355.

Diese weit verbreitete Position stiess nur vereinzelt auf Widerspruch. In Deutschland war es in erster Linie Siegfried Haddenbrock, ein junger Psychiater aus Göttingen, der – wie ihm denn auch vorgeworfen wurde – die Psychochirurgie Ende der 1940er Jahre kritisierte, ohne persönliche Erfahrungen vorweisen zu können. Er bezeichnete die Lobotomie als „Defrontalisation“, die „eine definitive Vernichtung der selbstbewussten und freien Menschenpersönlichkeit bzw. deren in der Psychose verbliebenen Rest“ zur Folge habe.⁴⁷ Der bekannte Pariser Psychiater Henri Baruk, der wortgewaltigste Gegner der Psychochirurgie im französischen Sprachraum, vertrat die Ansicht, man könne einen Patienten nie definitiv als unheilbar bezeichnen, Remissionen seien immer möglich. Zudem tendierten Psychosen zwar zu einer Dissoziation der Persönlichkeit. Wie Spontanheilungen zeigten, werde diese aber nie vollkommen zerstört.⁴⁸

Haddenbrock und Baruk räumten ein, dass ein psychochirurgischer Eingriff Symptome, die für den Patienten und vor allem für dessen Umgebung unangenehm seien, positiv beeinflussen könne, kritisierten aber, der Preis dafür sei zu hoch und moralisch nicht zu rechtfertigen.⁴⁹ Mit solchen Argumenten stiessen die Gegner der Psychochirurgie bei ihren Standesgenossen allerdings auf wenig Gegenliebe. Viele Befürworter hielten Eingriffe bei „Defektzuständen“ nicht nur für vertretbar, sondern gar für unabdingbar, weil eine Leukotomie in ihren Augen für solche Patienten die einzige Chance darstellte, wieder eine „menschlichere“ Existenz führen zu können.

Wogen Ärzte in wissenschaftlichen Publikationen Vor- und Nachteile der Leukotomie gegeneinander ab, kamen sie also fast immer zu dem Schluss, psychochirurgische Eingriffe seien zu befürworten. Sie betonten allerdings, die Methode komme nur „bei vorsichtiger Indikation ohne Belastung des ärztlichen Gewissens in Betracht“,⁵⁰ und beharrten übereinstimmend auf einer „strengen und begrenzten Indikationsstellung“. Vor einer „kritiklosen Anwendung der Methode“, so hiess es, sei „energisch zu warnen“.⁵¹ In den 1940er Jahren vertraten deshalb fast alle Mediziner die Meinung, psychochirurgische Eingriffe dürften nur unter drei Bedingungen erfolgen: Erstens müsse eine starke „affektive Spannung“ vorliegen, zweitens müsse die Störung bereits so lange andauern, dass eine Spontanremission ausgeschlossen werden könne, und drittens müssten alle anderen zur Verfügung stehenden Therapien ausgeschöpft sein.⁵²

Während diese Kriterien mancherorts bis in die 1970er Jahre hinein gültig blieben, wurde die Indikationsstellung an anderen Orten gegen Ende der 1940er

47 Siegfried Haddenbrock, Radikaltherapie durch Defrontalisation? Theoretisches und Kritisches zur präfrontalen Leukotomie (Moniz), in: Medizinische Klinik 44 (1949), 69–74, hier 72.

48 Baruk, La Psychochirurgie frontale, 392 f., 419.

49 Haddenbrock, Radikaltherapie durch Defrontalisation?, 73. Baruk, La Psychochirurgie frontale, 418.

50 Stoll, Leukotomie-Erfahrungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, 197.

51 Siehe zum Beispiel Heinz Michel, Erfahrungen über die Wirksamkeit der präfrontalen Leukotomie bei chronischen Schizophrenien, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 61 (1948), 256–279, hier 278.

52 Siehe beispielsweise Maurice Porot, La leucotomie préfrontale en psychiatrie, in: Annales Médico-Psychologiques 105, Bd. II (1947), 121–142, hier 124.

Jahre zunehmend erweitert. Walter Freeman, der wichtigste Vertreter der Psychochirurgie in den USA, hatte während Jahren wiederholt, die Lobotomie stelle für psychisch Kranke die letzte Hoffnung dar. Nach der Publikation des Standardwerks *Psychosurgery* suchte Freeman jedoch nach einer Operationstechnik, die nicht nur bei chronisch Kranken, sondern bei einer möglichst grossen Zahl von Patienten angewandt werden sollte. Er entwickelte ein Verfahren, das die Gefahr starker Persönlichkeitsveränderungen reduzierte, sich einfach durchführen liess und deshalb in der psychiatrischen Anstalt auch von Neurologen oder Psychiatern vorgenommen werden konnte. 1946 führte er die erste transorbitale Lobotomie durch, vier Jahre später war er völlig von der neuen Technik überzeugt und demonstrierte sie im ganzen Land.⁵³

Der Operationstechnik ungeachtet propagierte Freeman zudem, die Erfolgsaussichten seien höher, wenn die Krankheit noch nicht weit fortgeschritten sei, weshalb der Eingriff nicht zu lange hinausgezögert werden dürfe. Operiert werden sollten also nicht chronisch Kranke, sondern Patienten, bei denen absehbar sei, dass sie sich ohne Eingriff zu „Unheilbaren“ entwickeln würden. „[E]ntsprechend der Einsicht und Erfahrung, dass schwere Defektzustände, also schwer chronisch Kranke mit elementarem Abbau seelischer Funktionen auch mittels einer Leukotomie nicht mehr in Ordnung zu bringen“ seien, würden – so ein deutscher Psychiater – die einen Ärzte verhältnismässig bald operieren.⁵⁴ Andere hingegen vertraten die Meinung, man dürfe erst operieren, wenn „die Möglichkeiten konservativer Behandlungsmethoden erschöpft“ seien.⁵⁵

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden also zahlreiche Operationsverfahren entwickelt, die das Ziel verfolgten, die Persönlichkeitsdefekte zu verringern, die psychochirurgische Eingriffe nach sich zogen. Gleichzeitig operierte man nun zunehmend auch Patienten mit verschiedenen neurotischen Störungen, psychosomatischen Beschwerden und Diagnosen wie Kriminalität oder Alkoholismus; die Frage, wie lange die Störung bereits andauerte, verlor für die Indikationsstellung an Bedeutung.⁵⁶ Galt die Psychochirurgie deshalb für die einen nicht mehr ausschliesslich als „letzte Chance“, verstanden sie andere weiterhin als Therapie für „Unheilbare“ und plädierten dafür, nur Patienten zu operieren, bei denen Persönlichkeitsveränderungen keine Rolle mehr spielten.⁵⁷ In der psychochirurgischen Praxis waren allerdings die Indikationsrichtlinien weniger entscheidend als die Art und Weise, wie diese interpretiert wurden. Ausschlaggebender war daher die Frage, was man als (potentiellen) „Defektzustand“ betrachtete.

53 Pressman, Last Resort, 337–342.

54 Anton von Braunmühl, Über die operative Therapie der Geisteskrankheiten, in: Bezirk Oberbayern (Hg.), Das Nervenkrankenhaus Haar bei München des Bezirks Oberbayern 1905–1955, o. O. 1956, 38–45, hier 42.

55 W. Rüsen, Über die Leukotomie, ihre Bedeutung und Indikation bei der Behandlung psychischer Erkrankungen und schwerer chronischer Schmerzzustände, in: Therapie der Gegenwart 89 (1950), 336–341, hier 338.

56 Siehe beispielsweise Freeman, Psychosurgery, 1528–1532.

57 Heimann, Psychochirurgie, 664; Porot, La leucotomie préfrontale en psychiatrie, 139.

4. Bewertungsmaassstäbe

Persönlichkeit wurde also in der Debatte zur Psychochirurgie in unterschiedlichen Kontexten, flexibel und teilweise auch widersprüchlich verwendet. In wissenschaftlichen Studien war von der „prämorbid“, der „präoperativen“ sowie der „postoperativen“ Persönlichkeit der Patienten die Rede; man wollte herausfinden, wie sich diese drei verschiedenen – je nach Standpunkt – Persönlichkeiten oder Persönlichkeitsstadien voneinander unterschieden, und erörterte, ob und wenn ja, unter welchen Umständen sich chirurgisch induzierte Persönlichkeitsveränderungen rechtfertigen liessen.

Eine wichtige Rolle spielte dabei – erstens – die Frage, wie sich die Persönlichkeit eines Patienten durch den psychochirurgischen Eingriff verändere und wie dieser Persönlichkeitswandel zu bewerten sei. Dabei wurde meist die Meinung vertreten, die postoperative müsse mit der präoperativen und nicht mit der prämorbid Persönlichkeit verglichen werden, wenn man den Erfolg oder Misserfolg des Eingriffs beurteilen wolle. Mehr Dissens herrschte bei der Frage, ob sowohl die negativ als auch die positiv beurteilten Veränderungen als Persönlichkeitsveränderungen zu verstehen seien. Galt die Psychochirurgie bei einem Teil der Ärzte als Behandlungsverfahren, das die Persönlichkeit der Patienten „verbessern“ sollte, verstanden andere nur die nicht intendierten, an sich unerwünschten psychischen „Nebenwirkungen“ als Persönlichkeitsveränderungen.

Zweitens fielen in den Augen der meisten Psychiater negativ bewertete Persönlichkeitsveränderungen nicht ins Gewicht, wenn Patienten operiert wurden, deren Persönlichkeit bereits als „abgebaut“ galt. Aus dieser Perspektive verlor der Vorwurf, man nehme trotz unsicherer Erfolgsaussichten schwerwiegende Persönlichkeitsveränderungen in Kauf, bei Patienten mit „zersetzter“ Persönlichkeit jede Berechtigung. Trotzdem versprachen sich alle Ärzte einen grösseren Operationserfolg, wenn Patienten mit „gut erhaltener“ Persönlichkeit leukotomiert wurden – Patienten, deren krankheitsbedingter „Persönlichkeitsabbau“ noch wenig fortgeschritten war. Auch die „prämorbid“ Persönlichkeit spielte bei der Indikationsstellung eine wichtige Rolle. Personen mit angeborenem „Persönlichkeitstiefstand“⁵⁸ kamen, so die Lehrmeinung, für psychochirurgische Eingriffe nicht in Frage, was allerdings nicht heisst, dass man solche Fälle nie operiert hätte.

Unabhängig von der Frage, wie sie die operativ induzierten Persönlichkeitsveränderungen definierten und beurteilten, gingen die zeitgenössischen Psychiater – drittens – davon aus, dass sich die Persönlichkeit der Patienten nach dem Eingriff in einer formbaren Phase befinde oder gar neu gebildet werde. Dieser „Umbau“ – oder „Wiederaufbau“ der Persönlichkeit konnte – so die Vorstellung – durch erzieherische Massnahmen beeinflusst werden, weshalb man sich bemühte, Leukotomierte möglichst bald nach der Operation (wieder) in die Anstaltsordnung einzugliedern.

In der Debatte zur Psychochirurgie verstand man also unter Persönlichkeit eine konkrete, wandelbare, direkt beeinflussbare Grösse, deren Ausmass und Qualität sich durch Experten fassen und beurteilen liess. Zur Diskussion stand dabei immer

58 Schneider, Beiträge zur Psychiatrie, 5.

nur die Persönlichkeit der Patienten; diejenige der Experten wurde ebenso wenig thematisiert wie die Frage, inwiefern sich diese auf den Deutungsprozess auswirke. Persönlichkeit umfasste in den Augen zeitgenössischer Psychiater spezifisch menschliche, aber nicht näher definierte Eigenschaften, über die Patienten mit fortschreitender Krankheit immer weniger verfügten. Psychischen Krankheiten wurde Handlungsmacht zugesprochen, sie konnten Persönlichkeit zerstören und Personen, so ein französischer Psychiater, auf ein „sehr tiefes menschliches Niveau“ bringen.

Chronisch Geisteskranke, vor allem Schizophrene, galten deshalb in der Psychiatrie als Menschen, die ihre Menschlichkeit verloren hatten. Sie wurden zwar nicht mit Tieren verglichen und insofern diskursiv nicht ganz aus der menschlichen Gemeinschaft ausgeschlossen, standen aber auf einer tieferen Entwicklungsstufe als andere Erwachsene desselben Kulturkreises. In diesem Punkt ähnelten sie Kindern. Dennoch bestand zwischen den beiden sozialen Gruppen ein grundsätzlicher Unterschied: Kinder waren, so die Vorstellung, im Gegensatz zu Patienten mit „Defektzuständen“ imstande, ihre Persönlichkeit zu entfalten. Wie Individuen durchliefen auch Kulturen verschiedene, hierarchisch gegliederte Persönlichkeitsstadien, erreichten aber nicht alle dasselbe Niveau. Man ging also nicht von einer Vielfalt historisch bedingter Kulturen aus, sondern stellte sich eine einzige, evolutionäre Sequenz von Kulturstufen vor. Wie und wie weit sich die Persönlichkeit eines Menschen ausbildete, hing daher nicht nur von dessen Anlage, sondern auch von der Umwelt ab, in der er lebte. Personen in intellektuell anspruchsvollen Berufen benötigten, so die Vorstellung, mehr Persönlichkeit als Hausfrauen oder Handwerker. Eine voll entwickelte Persönlichkeit schliesslich besass nur, wer von den „höheren, wahrhaft menschlichen Geistesfähigkeiten [...] Gebrauch“ machte, was – wie einzelne Autoren zu bedenken gaben – wohl lediglich für einen kleinen Teil der Menschheit zutraf.⁵⁹

Trotz Bemühungen, zu einem wertfreien Persönlichkeitskonzept zu kommen,⁶⁰ lagen dem Persönlichkeitskonzept der Psychiatrie also kulturelle Massstäbe des Bildungsbürgertums zugrunde. Es beruhte auf Kategorien wie Fortschritt, Logik, Vernunft und Selbstbeherrschung sowie auf der Vorstellung, Persönlichkeit müsse durch Äusserungen und Verhaltensweisen zum Ausdruck kommen, die für andere nachvollziehbar seien. Da nur eine mögliche Entwicklungslinie existierte, besaßen „Regedirierte“, die in einer scheinbar unzugänglichen Welt lebten, keine Persönlichkeit mehr.

Die Psychochirurgie galt als erstes Behandlungsverfahren, das die Persönlichkeit eines Menschen in Kürze radikal und dauerhaft umgestalten konnte. Unabhängig davon, ob man die Persönlichkeitsveränderungen, die eine Leukotomie nach sich zog, als Ziel oder als unerwünschte Nebenwirkung des Eingriffs betrachtete – die Methode brach ein Tabu. Darf man, so die Frage, die in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen und in den Medien diskutiert wurde, die Persönlichkeit eines Menschen operativ verändern? In der Ärzteschaft fiel die Antwort recht einhellig, aber durchaus ambivalent aus: Psychochirurgische Eingriffe seien nur dann vertret-

bar, so die vorherrschende Meinung, wenn die Persönlichkeitsveränderungen nicht ins Gewicht fallen würden. Schmerzpatienten beispielsweise wurden deshalb nur mit grösster Zurückhaltung operiert, bei „Defektzuständen“ hingegen, deren Persönlichkeit ohnehin „abgebaut“, wenn nicht „zerstört“ war, galten Persönlichkeitsveränderungen als vernachlässigbar. Die Psychochirurgie wäre also nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs nicht bei einer so grossen Zahl von psychisch Kranken angewandt worden, hätte die Psychiatrie nicht ein spannungsreiches Persönlichkeitskonzept vertreten, das Persönlichkeit als evolutionär wachsende, aber formbare Grösse verstand; als Einheit, die nicht nur eine bestimmte Qualität, sondern auch ein bestimmtes Ausmass besass, durch Krankheiten zerstört, durch psychochirurgische Eingriffe verändert und danach neu gebildet werden konnte.

Die Unterscheidung zwischen Personen mit „mehr“ und solchen mit „weniger“ Persönlichkeit trug einerseits dazu bei, dass die Leukotomie nach dem Zweiten Weltkrieg auf breite Akzeptanz stiess. Andererseits beeinflusste die Erkenntnis, dass sich eine Persönlichkeit durch einen chirurgischen Eingriff rasch und unwiderruflich verändern liess, aber auch das Persönlichkeitskonzept. Die Leukotomie sei, wie es in einem wissenschaftlichen Beitrag von 1951 heisst, „von weittragender biologischer, psychologischer, ja man könnte sagen philosophischer Bedeutung“. Die Bedeutung des Verfahrens liege darin, dass es „in das Menschlichste am Menschen eingreifen“ und „das in der Pubertät heranreifende Ich“ verändern könne, womit eine „Brücke [...] vom Biologischen zum Geistigen“ geschlagen worden sei.⁶¹

Dieser „Brückenschlag“ wirkte sich wiederum auf die Vorstellungen von Persönlichkeit aus. So heisst es in einem *Spiegel*-Artikel von 1949, der unter dem Titel „Charakter unterm Messer“ über die Psychochirurgie berichtete, wenn der Chirurg „die alte Persönlichkeit des Patienten einer radikalen Veränderung unterworfen“ habe, müsse eine neue „geformt werden“.⁶² Wie behavioristische Konzepte⁶³ rückte also die Psychochirurgie die Komplexität und Langwierigkeit der Persönlichkeitsbildung in den Hintergrund. Das Bild einer langsam wachsenden oder reifenden Persönlichkeit wurde von der Vorstellung durchkreuzt, dass Persönlichkeit eine direkt beeinflussbare Grösse sei, die sich durch einen Eingriff ins Gehirn innert Kürze gezielt verändern und neu formen lasse. Auf diese Weise wurde einer Biologisierung von Persönlichkeit Vorschub geleistet, Persönlichkeit verlor an Nimbus.

Darüber hinaus trug die Psychochirurgie dazu bei, dass sich soziale Anpassung zu einem grundlegenden Aspekt von Persönlichkeit entwickelte. Aus zeitgenössischer Sicht bewies die grosse Zahl von Eingriffen, die als Erfolg beurteilt wurden,

61 Krüger/Lenz, Psychochirurgie, 63.

62 *Der Spiegel*, 22. 11. 1949, 39.

63 Siehe zum Beispiel Alexandra Rutherford, *Beyond the Box. B. F. Skinner's Technology of Behavior from Laboratory to Life, 1950–1970s*, Toronto 2009. Zwischen den Persönlichkeitskonzepten, die in der Psychochirurgie und im Behaviorismus vertreten wurden, lassen sich meines Wissens allerdings keine Wechselwirkungen feststellen. Die Vorstellung einer „Umpolung der Persönlichkeit“ findet sich nach dem Zweiten Weltkrieg in unterschiedlichen Wissensfeldern, Forschungsbereichen und Handlungskontexten. Siehe dazu Jakob Tanner, „Doors of perception“ versus „Mind control“. Experimente mit Drogen zwischen kaltem Krieg und 1968, in: Birgit Griesecke et al. (Hg.), *Kulturgeschichte des Menschenversuchs im 20. Jahrhundert*, Frankfurt a.M. 2009, 340–372.

59 Müller, *Die Klinik der Leukotomie*, 345; Hoch, *Die präfrontale Leukotomie*, 197.

60 Kurt Schneider, *Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte*, Leipzig 1936, 27–31.

dass die Persönlichkeitsveränderungen in den meisten Fällen weniger gravierend ausfielen als zunächst befürchtet. Die Operierten, so zeigte sich, waren offenbar trotz oder gerade wegen des Persönlichkeitswandels imstande, sich in ihrem sozialen Umfeld zu integrieren. Ein solcher Blick auf die Effekte psychochirurgischer Eingriffe war – so meine These – Ausdruck einer bestimmten Subjektordnung, die durch die Psychochirurgie weiter verfestigt wurde. Diese Subjektordnung gewichtete die soziale Anpassung eines Subjekts höher als dessen Individualität, was zur Folge hatte, dass ein Subjekt weniger nach der Art und dem Ausmass seiner Bildung, seiner Empfindungen und seinen Moralvorstellungen beurteilt wurde als nach seiner Fähigkeit, sich in einer sozialen Gruppe zu integrieren und im Interesse des Kollektivs zu funktionieren.⁶⁴

5. Zählbare Denkfiguren

Nach 1950 begann sich die Einstellung der Psychiater gegenüber der Psychochirurgie zu ändern. Dieser Wandel hängt unter anderem damit zusammen, dass sich durch die Beschäftigung mit der analytischen Psychotherapie bei Psychosen in der Psychiatrie allmählich ein neuer Denkstil entwickelte. Seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs habe, so Manfred Bleuler, 1942–1969 Professor für Psychiatrie an der Universität Zürich und Direktor der psychiatrischen Anstalt Burghölzli, „die Lehre von abstrakten Krankheitsbildern“ an Bedeutung verloren. Stattdessen konzentrierte man sich nun auf „Einzelschicksale“ und sehe „vor allem Persönlichkeiten in ihren Eigenarten“.⁶⁵

Bleuler publizierte 1952 eine Stellungnahme gegen das „alte biologische Denken“ in der Psychiatrie, das bei der Ätiologie psychischer Krankheiten zwischen Anlage und Umwelt unterscheide. Der Beitrag sollte zeigen, dass biologische Denkweisen in der Lehre der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung während Jahrzehnten falsch angewandt wurden. Als Beispiel führt Bleuler den Fall eines Mädchens an, das mit 16 Jahren an einer schweren Psychose erkrankte. Man habe die Patientin nur verstehen können, weil man den Interdependenzen zwischen ihr und den Eltern sowie zwischen weiteren Personen nachgegangen sei: „Nur aus diesem Verständnis heraus wurde es möglich, hinter der Maske ihres Irrsinns und hinter ihrer Verwirrung noch das Menschliche zu erkennen, war es auch möglich, mit der kleinen Kranken wieder eine gemeinsame Sprache zu finden und gemeinsam mit ihr zu fühlen. Die Schaffung einer menschlichen Gemeinschaft dem Irrsinn zum Trotz war aber das Wesentliche an ihrer Behandlung. Auf dieselben elementaren Wahrheiten stoßen wir bei der Behandlung jeder Persönlichkeitsstörung.“⁶⁶ Eine intensive Beschäftigung mit dem einzelnen Patienten ermöglichte somit nach Bleuler dem Therapeuten, eine

⁶⁴ Vgl. Reckwitz, Das hybride Subjekt, der diese Subjektordnung durch den Begriff des „Angestellten-subjekts“ charakterisiert.

⁶⁵ Manfred Bleuler, Entwicklungsrichtungen in der Psychiatrie von heute, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 87 (1957), 1113–1116, hier 1114.

⁶⁶ Ders., Biologie und Entwicklungslehre der Persönlichkeit, in: Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft 132 (1952), 26–43, hier 42.

Beziehung zu knüpfen, Mitgefühl zu entwickeln, „den Kranken als Persönlichkeit“ wahrzunehmen und „das Menschliche“ in ihm zu erkennen.⁶⁷

Die analytische Psychotherapie bei Psychosen, nach 1953 auch die Behandlung mit Psychopharmaka veränderten also allmählich das Verhältnis zwischen Arzt und Patientin sowie dessen Einstellung gegenüber psychisch Kranken, was sich wiederum auf die Wahl der Behandlungsform auswirkte. Nun sprach man in Krankenakten und Publikationen auch bei schweren Psychosen immer weniger von einer „Zerstörung“, sondern von einem „Wandel“ oder einer „Veränderung der Persönlichkeit“; psychochirurgische Eingriffe schienen nur noch in Ausnahmefällen gerechtfertigt. Die Psychochirurgie, von verschiedenen Zeitgenossen als Epochenmerkmal, als Symbol der Nachkriegszeit bezeichnet,⁶⁸ verlor an Bedeutung.

Die Auseinandersetzung mit psychoanalytischen Ansätzen führte zwar dazu, dass Psychiater die Patienten zunehmend in einem neuen Licht betrachteten und betonten, die Persönlichkeit des Arztes spiele im therapeutischen Prozess ebenfalls eine zentrale Rolle. Sie setzten Heilung nun nicht mehr ohne Weiteres mit sozialer Anpassung gleich und verstanden sich in erster Linie als Anwälte ihrer Patienten, weshalb sie bis Ende der 1960er Jahre, als das Thema Psychiatrie eine bislang unbekannte gesellschaftspolitische Resonanz erhielt und das Ideal des „sozialen“ Subjekts zunehmend ins Wanken geriet, immer häufiger mit Politik, Behörden und Angehörigen von Patienten in Konflikt gerieten. Das evolutionäre Stufenmodell der Persönlichkeitsentwicklung hingegen wurde durch die wachsende Bedeutung psychoanalytischer Ansätze in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts keineswegs in Frage gestellt. Wie bereits das Beispiel Freuds gezeigt hat, vertrat nämlich die Psychoanalyse ebenfalls die Ansicht, Psychosen würden zu einem Rückfall, einer „Regression“ auf frühere Entwicklungsstufen führen, wobei mit dem Begriff je nach Schule unterschiedliche pathogenetische Vorstellungen verbunden wurden.⁶⁹

Neben psychoanalytischen und anderen psychotherapeutischen Ansätzen begann ab Mitte des 20. Jahrhunderts auch die Psychopharmakologie eine immer wichtigere Rolle zu spielen. In der Folge gewannen die Neurowissenschaften in der Psychiatrie zunehmend an Bedeutung. Vertreter neurowissenschaftlicher Erklärungsmodelle psychischer Störungen gingen – so der Psychiater Andreas Heinz – ebenfalls von einer evolutionären Rückentwicklung aus, glaubten aber im Gegensatz zu Vertretern psychoanalytischer Ansätze, die Rückentwicklung sei organisch bedingt. Der einflussreiche Schizophrenieforscher Daniel R. Weinberger beispielsweise habe Freuds Hypothesen in ein neurobiologisches Verständnis des Gehirns übersetzt. Statt von Interaktionsstörungen zu Beginn der Ontogenese spreche er von einer frühen Migrationsstörung von Nervenzellen im Bereich des temporalen Kortex. Zudem postuliere er einen Ausfall der Exekutiv- beziehungsweise Kontrollfunktionen des Frontalhirns und verorte damit die Störung evolutionär höchster Zentren im Sinne Jacksons wieder eindeutig im Gehirn. Die sich dabei ergebende Enthemmung „primitiver“

⁶⁷ Ders., Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941–1950, in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 19 (1951), 385–452, hier 429.

⁶⁸ Siehe beispielsweise Baruk, La psychochirurgie frontale, 427.

⁶⁹ Siehe dazu Heinz, Anthropologische und evolutionäre Modelle in der Schizophrenieforschung.

evolutionärer Zentren beschreibe Weinberger als Enthemmung der subkortikalen Dopamin-Freisetzung. Wie Heinz zurecht bemerkt, lässt sich bei solchen Theorien kaum mehr eruieren, dass sie eine evolutionäre, hierarchische Entwicklung postulieren und soziale Machtverhältnisse auf das Gehirn projizieren, werden doch diese „Top-Down“-Hirnmodelle als Beschreibung von Funktionsweisen verstanden.⁷⁰

Bei den Persönlichkeitsstörungen, die in der psychiatrischen Forschung seit den 1980er Jahren auf starkes Interesse stossen, sind die wertenden Konnotationen aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive leichter zu erkennen. So kritisieren beispielsweise die Autoren eines Handbuchsartikels von 2002, der Begriff Persönlichkeit werde auch in der Fachsprache häufig „ohne ausreichende Reflexion über seine Komplexität“ verwendet, und betonen in Anlehnung an den deutschen Psychiater Kurt Schneider, der Ausdruck Persönlichkeitsstörung beziehe sich nicht auf eine „Werte-“, sondern auf eine „Durchschnittsnorm“, „die von der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung oder kulturellen Gruppe gebildet“ werde.⁷¹ Sowohl beim Begriff Persönlichkeitsstörungen wie beim Begriff Wertennorm signalisiert jedoch bereits der zweite Teil des Kompositums, dass es bei Persönlichkeitsstörungen nicht nur um eine Abweichung vom Durchschnitt, sondern um eine *Normabweichung* geht, die als Störung verstanden wird.

„Heilen“ oder „Therapieren“ heisst immer, eine bestimmte Ordnung (wieder) herzustellen. Da die Medizin diese Ordnung nicht selber schafft, muss sie sich an gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen anlehnen,⁷² die sie wieder reproduziert, aber auch verändert. Diese Wechselwirkung zwischen Medizin und Gesellschaft gilt für die Psychiatrie aufgrund ihres Doppelmandats von „Heilen und Verwahren“ – seit der zunehmenden Bedeutung der ambulanten Psychiatrie wäre vielleicht besser von „Heilen und Kontrollieren“ zu sprechen – ganz besonders. Unter Persönlichkeit kann deshalb im „psychologisch-psychiatrischen Sprachgebrauch“ auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts wohl kaum einfach, wie die Autoren des zitierten Handbuchsartikels postulieren, „die Gesamtheit der (psychischen) Eigenschaften und Verhaltensweisen“ verstanden werden, „die dem einzelnen Menschen eine eigene, charakteristische, unverwechselbare Individualität verleihen“. ⁷³ Solch neutrale, aus der Persönlichkeitspsychologie übernommene Definitionen verkennen, dass psychiatrische Persönlichkeitskonzepte des 20. Jahrhunderts ein Selbst in Stufen konstruierten – eine volatile Denkfigur, die eng mit gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen zusammenhing und von einer linearen, evolutionären (Rück)Entwicklung sowie von der Vorstellung ausging, ein Subjekt müsse bestimmte Eigenschaften und Verhaltensweisen beziehungsweise ein gewisses Ausmass davon aufweisen, um als „vollwertig“, „reif“, „gesund“ oder „normal“ zu gelten.

⁷⁰ Heinz/Napo, Fallstricke evolutionärer (Selbst-)Bewusstseinsmodelle, 249f.

⁷¹ Volker Dittmann/Anneliese Erner/Rolf-Dieter Stieglitz, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Erwachsener, in: Harald J. Freyberger/Wolfgang Schneider/Rolf-Dieter Stieglitz (Hg.), Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, 11., vollst. erneuerte und erweiterte Aufl., New York et al. 2002, 185–195, hier 185f.; Kurt Schneider, Die Psychopathischen Persönlichkeiten, Leipzig 1923.

⁷² Bernhard Waldenfels, Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden, Bd. 2, Frankfurt a.M. 1998, 116–121.

⁷³ Dittmann/Erner/Stieglitz, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Erwachsener, 185.